



PRACOWNIA EEG NEUROLINES

UL. H. SIENKIEWICZA 7D

09-400 PŁOŃSK

TEL. 503-502-784

NEUROLINES@NEUROLINES.PL

Data, miejsce:,.....

UPOWAŻNIENIE JEDNORAZOWE DO ODBIORU: WYNIKU BADANIA EEG / QEEG

Ja, niżej podpisany/a

(imię i nazwisko opiekuna prawnego pacjenta / pacjenta pełnoletniego)

.....
(PESEL)

Legitymujący/a się dowodem tożsamości

(nr dokumentu tożsamości osoby upoważniającej)

upoważniam osobę:

(imię i nazwisko)

.....
(nr dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

do odbioru wyników mojego badania /
do odbioru wyników badania mojego dziecka*

DANE PACJENTA, którego dotyczy wynik badania:

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(PESEL pacjenta)

.....
czytelny podpis (Imię i nazwisko) opiekuna prawnego /
pacjenta pełnoletniego

*Niepotrzebne skreślić